15.

DE

L'EXOSTOSE SOUS-UNGUÉALE PÉRIOSTALE

Par le docteur NICAISE,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux,
membre de la Société de chirurgie.

EXTRAIT DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS
Mai 1875

PARIS
AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE,
Place Saint-Michel, 4.

1875

PARIS. — Imprimerie CUSSET et Cᵉ, rue Montmartre, 123.

DE

L'EXOSTOSE SOUS-UNGUÉALE PÉRIOSTALE

L'exostose sous-unguéale, signalée par André, Liston, Dupuytren, est une tumeur qui a une tendance constante à l'ossification, et qui naît sur la dernière phalange du gros orteil, et quelquefois sur celle des autres orteils et des doigts.

Beaucoup de chirurgiens la considèrent encore aujourd'hui comme étant une expansion de la phalangette,ou, en d'autres termes, une exostose qui a son point de départ dans l'os lui-même. Il est cependant des faits qui prouvent que l'exostose sous-unguéale peut se développer dans le tissu fibreux qui entoure l'extrémité de la phalangette, sans qu'il y ait de continuité entre le tissu osseux de l'exostose et celui de l'os. — Ayant eu l'occasion d'observer un fait de ce genre, j'ai cru utile de le publier pour démontrer qu'il existe une variété d'exostose sous-unguéale périostale.

L'exostose sous-unguéale est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle se rencontre surtout dans la jeunesse, et est classée avec raison parmi les maladies de l'adolescence. On ne l'a pas observée au-dessous de l'âge de 12 ans.

Certains auteurs sont disposés à considérer le traumatisme comme une des causes efficientes de la maladie; les autres, au contraire, lui refusent toute influence. Si un certain nombre d'observations signalent l'existence d'un traumatisme antérieur, souvent il a été impossible de trouver une cause au développement de l'exostose. — La solution doit donc être réservée; mais, toutefois, il ne semble

pas que l'on soit autorisé à nier l'influence du traumatisme dans certains cas. Legoupils cherche à expliquer la prédilection de la tumeur pour le gros orteil, par la compression que la chaussure exerce sur l'ongle de cet orteil.

L'exostose se développe sur la partie antérieure de la phalangette et, le plus souvent, sur la portion renflée en fer à cheval qui termine cet os; elle serait plus fréquente sur le côté interne du fer à cheval.

La tumeur se rencontre aussi sur la face dorsale de la phalangette, en arrière du fer à cheval, comme le montre mon observation I.

Les rapports de la tumeur avec la phalangette sont importants à étudier, et la lecture des observations démontre qu'ils ne sont pas les mêmes dans tous les cas, quoiqu'aujourd'hui l'opinion la plus répandue veuille que l'exostose ait toujours l'os pour point de départ, et que, toujours, elle soit en continuité de tissu avec la phalangette.

Il y a deux variétés d'exostoses sous-unguéales : l'une, qui est adhérente à l'os, et l'autre, qui en est séparée par une lame fibreuse et mérite le nom *d'exostose périostale*, par opposition à la première qui est *sous-périostale*.

Dans les deux variétés la tumeur se compose de deux parties: l'une superficielle, fibreuse, qui est formée par le derme sous-unguéal et le périoste; l'autre, profonde, osseuse.

Dans les deux cas, également, la surface de la tumeur présente un aspect variable. Quand, après un certain temps de développement, elle se montre au-delà de l'ongle, la surface de la tumeur est d'abord blanchâtre, fibreuse; d'autres fois, elle est recouverte par une couche rosée plus molle, légèrement granuleuse. — A une époque plus éloignée du début, s'il est survenu de l'inflammation, la surface peut prendre alors un aspect fongueux, quelquefois des ulcérations peuvent s'y montrer.

Dans d'autres cas, la surface de la tumeur est recouverte de lamelles épidermiques cornées, lisses, grisâtres. J'ai observé, une fois, une exostose sous-unguéale dont la surface était recouverte par des papilles épidermiques nombreuses, fines, coniques, analogues à celles qui forment la surface de certaines verrues.

Quant à la structure de la tumeur, elle varie suivant qu'il s'agit

d'une exostose sous-périostale ou d'une exostose périostale. — La première est bien connue, c'est celle qui est décrite dans tous les ouvrages; j'en rapporterai brièvement une observation.

EXOSTOSE SOUS-UNGUÉALE SOUS-PÉRIOSTALE ; OPÉRATION ; GUÉRISON.

Obs I. — K..., 33 ans, brocheuse, entre le 22 septembre 1874 à l'hopital de la Pitié, salle St-Augustin, dans le service de M. Verneuil que je suppléais

Elle porte une exostose sous-unguéale du gros orteil droit, qui a débuté il y a deux ans et demie. La malade en attribue le développement à un traumatisme; elle s'est frappé l'extrémité de l'orteil contre une barre de fer, il en résulta une douleur très-vive et un léger écoulement sanguin. Un mois après, elle vit une petite tumeur apparaître sous le bord libre de l'ongle.

Depuis cette époque la malade est obligée de porter une pantoufle et même de la fendre au niveau de l'orteil.

La tumeur fait saillie en avant dans la rainure de l'ongle, elle est recouverte d'une couche cornée épaisse et paraît mobile sur les tissus sous-jacents. Elle n'est pas le siége de douleurs spontanées, mais le moindre choc y détermine des douleurs très-violentes.

26 septembre. Opération. L'anesthésie locale est obtenue avec un mélange réfrigérant, mais elle fut superficielle, car la malade ressentit de vives douleurs pendant l'opération ; j'avais appliqué une petite bande de caoutchouc pour produire l'ischémie provisoire.

L'ongle est fendu sur la ligne médiane et chacune des moitiés enlevée. On remarque alors que la tumeur est aplatie en arrière et que son extrémité libre est plus volumineuse que celle qui est adhérente aux tissus.

Je circonscris la tumeur par deux incisions et je la dissèque à sa base, mais sa partie centrale, qui est osseuse, se continue avec la phalangette. La portion molle se sépare comme un chapeau de l'exostose vraie qui apparaît alors dénudée et dirigée obliquement en avant et en haut. Cette portion osseuse est conique, a surface lisse, compacte; sa base est implantée sur la face dorsale de la phalangette et il est à remarquer qu'elle est beaucoup moins volumineuse que les parties fibreuses qui l'entouraient, lesquelles constituaient presque toute la tumeur.

L'exostose est coupée avec des cisailles et son point d'implantation est ruginé.

Comme il y a des érysipèles dans le service, j'applique un pansement ouaté

La 6 octobre, l'os est recouvert de bourgeons charnus ; la plaie est e bonne voie de cicatrisation.

Cette observation appartient au type généralement admis de l'exostose sous-unguéale.

Le traumatisme auquel la malade attribue son affection, n'a été pour rien dans le développement de la tumeur; elle existait déjà sous l'ongle lorsque le traumatisme a eu lieu.

Un fait à remarquer dans cette observation, c'est la disproportion qui existait entre la portion osseuse et la portion fibreuse; cette dernière étant beaucoup plus considérable. C'est à cela qu'est due l'apparence de mobilité que présentait la tumeur ; c'est là un signe trompeur dont il faut se méfier, et chaque fois que l'on a à enlever une exostose sous-unguéale, il faut toujours préparer les instruments nécessaires pour une résection osseuse.

La tumeur osseuse était conique, à surface compacte, sa base étant implantée sur la face dorsale de la phalange, en arrière du fer à cheval. Souvent la forme est différente ; au lieu d'être sessile, implantée sur l'os par une large base, la portion osseuse est globuleuse, en champignon et soudée à l'os par un pédicule plus ou moins volumineux, quelquefois assez grêle. Alors on trouve autour du pédicule et sur la phalangette le périoste épaissi, mais moins toutefois que sur la surface de la tumeur.

J'arrive maintenant à l'exostose périostale. L'on admet le plus généralement aujourd'hui que l'exostose sous-unguéale a le tissu osseux pour point de départ, et qu'en conséquence elle est toujours soudée à l'os. L'opinion contraire a été soutenue autrefois par Blandin, qui plaçait le point de départ de la tumeur dans le périoste ; mais cette opinion n'a pas prévalu. Elle s'appuie cependant sur des faits, et l'on trouvera dans les bulletins de la Société anatomique (1874. p. 239) une observation d'exostose sous-unguéale opérée par M. Trélat, à laquelle il a alors donné le nom d'exostose *sus-périostale*, parce qu'il la considère comme s'étant développée à la face externe du périoste. L'observation que je publie a été recueillie par moi en 1865, lorsque j'étais interne de M. le professeur Gosselin.

EXOSTOSE-SOUS UNGUÉALE PÉRIOSTALE DU GROS ORTEIL ; OPÉRATION ; GUÉRISON.

Obs. II. — C..., agé de 17 ans, garçon marchand de vin, entre le 8 février 1865, salle Saint-Louis n° 1, service de M. Gosselin, sort guéri le 27 février suivant.

Ce garçon est d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique et n'a jamais été malade

Il y a 18 mois, il ressentit des douleurs vers le milieu du gros orteil droit ; douleurs tantôt lancinantes, tantôt d'engourdissement ; elles surviennent après la fatigue et se font sentir surtout le soir. Le matin le gros orteil est souvent engourdi.

Au bout de six mois le malade aperçut sous le bord libre de l'ongle une petite excroissance qu'il enleva plusieurs fois, dit-il. Le déchirement de cette petite tumeur était suivi d'un peu de suintement sanguin. De temps en temps les douleurs et l'irritation de la région l'obligeaient à garder le repos pendant deux ou trois jours.

Ces symptômes allèrent toujours en augmentant, la tumeur souleva l'ongle et fit une saillie plus considérable sur le bord libre.

Dans les premiers jours de janvier 1865, le malade reçut sur le pied une barre de fer, les douleurs devinrent très-vives; c'est alors qu'il consulta pour la première fois. Le médecin enleva la partie de l'ongle qui recouvrait la tumeur et cautérisa vigoureusement au fer rouge. Ce traitement ne produisit aucun effet, la tumeur conserva son volume.

Le malade entre à l'hôpital le 8 février. A ce moment, on trouve vers le milieu de la seconde phalange du gros orteil droit une petite tumeur d'un diamètre de 6 à 8 millimètres, entourée à sa base par un léger bourrelet formé par le derme sous-unguéal et plus loin par l'ongle échancré. — Sa surface est rougeâtre, granuleuse et laisse suinter un liquide trouble; la consistance de la tumeur est comme fibreuse à la partie superficielle, mais plus profondément elle paraît très-dure, osseuse et adhérente à l'os. Les mêmes douleurs existent toujours.

Le 11 février, M. Gosselin, après avoir amené l'anesthésie locale au moyen d'un mélange réfrigérant, enlève cette tumeur. L'ongle est fendu sur la ligne médiane avec des ciseaux, puis avec de fortes pinces on enlève chaque moitié. La tumeur est largement à découvert ; à l'aide d'un fort bistouri, M. Gosselin la circonscrit par deux incisions elliptiques qui pénètrent jusqu'à l'os ; pour ne rien laisser de la tumeur, de petites ablations partielles sont encore faites sur la face supérieure de la phalange.

Pansement à l'alcool, qui est continué les jours suivants; cicatrisation rapide.

La tumeur enlevée est du volume d'une petite noisette et présente à sa face adhérente un tissu très-résistant, blanchâtre, fibro-cartilagineux, mais sans trace de tissu osseux. Une coupe faite sur la partie médiane montre au centre même une portion osseuse du volume d'une lentille, entouré de tous côtés par un tissu fibro-cartilagineux.

L'examen microscopique indique qu'au niveau de la face adhérente il n'y a que du tissu conjonctif; il est dense, serré. En approchant du centre, des cellules cartilagineuses se montrent entre les fibres conjonctives et deviennent de plus en plus nombreuses. Elles s'arrêtent au niveau du tissu osseux central, lequel présente des ostéoplastes vrais. En plusieurs points, le tissu osseux se continue directement avec le tissu conjonctif qui est alors mélangé d'une substance amorphe, homogène et dont les cellules plasmatiques sont plus développées.

Cette observation est un exemple très-net d'exostose sous-unguéale développée en dehors de l'os, dans l'épaisseur même du périoste. Elle était séparée du tissu osseux par une couche fibreuse dépendant du périoste. Elle est identique à celle qui a été observée récemment par M. Trélat (1). Dans les deux cas, la portion osseuse est entourée de tous côtés par des tissus fibreux que l'on peut rapporter au périoste. Aussi préfère-je l'expression d'exostose périostale à celle d'exostose sus-périostale proposée par M. Trélat.

Il y a donc lieu d'admettre une variété d'exostose sous-unguéale sans continuité de tissu avec l'os L'on comprend que dans ces cas l'opération présente moins de gravité que dans la variété sous-périostale, l'ablation de la tumeur est plus facile; il n'est pas nécessaire d'attaquer l'os et de creuser jusqu'au tissu spongieux, il suffit d'enlever toute l'épaisseur du tissu fibreux sur lequel reposait la tumeur.

Est-on cependant autorisé à dire qu'il s'agit d'une variété distincte d'exostose sous-unguéale, ne serait-ce pas plutôt seulement une exostose arrivée à une période de développement moins avancée.

En effet, souvent la tumeur osseuse a la forme d'un champignon soudé à la phalangette par un pédicule, et en se reportant à la des-

---

(1) Bull. Soc. anat., 1874, p. 239.

cription du fait que j'ai observé, on peut supposer que si l'on avait laissé vivre cette exostose, elle aurait fini par se souder à l'os au moyen d'un pédicule. C'est aux faits ultérieurs à trancher la question.

En tout cas, on ne peut admettre que les exostoses sous-unguéales aplaties, sessiles, implantées par une large base sur l'os aient pour point de départ une tumeur ostéo-fibreuse, née en dehors de l'os dans l'épaisseur du périoste. Il s'agit alors d'une exostose non parenchymateuse, mais sous-périostale, née dans la couche ostéogène qui se trouve à la face profonde du périoste, sur l'os. En d'autres termes, d'une exostose qui rentre dans la grande classe des exostoses sous-périostales.

L'observation de M. Trélat et la mienne s'éloignent au contraire du mode de développement ordinaire des exostoses, puisque, du moins à une certaine période de son développement, la tumeur osseuse est séparée de la phalangette par du tissu fibreux.

Ceci me conduit à dire quelques mots de la nature de l'exostose sous-unguéale.

Un grand nombre de chirurgiens la considèrent comme analogue aux exostoses ostéogéniques décrites par MM. Broca et Soulier; elle en diffère cependant par bien des points, et l'on peut affirmer que l'exostose sous-unguéale n'est pas une exostose ostéogénique.

La caractéristique de cette dernière, c'est qu'elle se développe au niveau du cartilage de conjugaison, entre la diaphyse et l'épiphyse. On ne la voit pas naître du corps de la diaphyse ou du corps de l'épiphyse. De plus, à toutes les périodes de son développement, elle est sous-périostale et fait corps avec le cartilage et l'os sous-jacent.

Dans l'exostose sous-unguéale, il ne peut en être ainsi. La phalange unguéale du gros orteil se développe par deux points d'ossification, l'un pour la diaphyse, l'autre pour l'épiphyse articulaire. Ajoutons que l'épiphyse se réunit au corps de la phalange vers l'âge de 17 ou 18 ans. Dans la phalangette, le cartilage de conjugaison se trouve donc vers l'extrémité postérieure, tandis que l'exostose sous-unguéale occupe son extrémité antérieure. Il ne semble donc pas que l'on puisse ranger l'exostose sous-unguéale dans les exostoses ostéogéniques.

Le seul point commun, c'est que les deux affections se développent pendant la période de formation des os.

L'exostose sous-unguéale se développe, en effet, pendant la période d'activité productrice du périoste.

Des travaux récents pourraient peut-être mettre sur la voie du mode de développement de cette dernière affection. Il résulte, en effet, de recherches faites par MM. Longe et Mer (1) que l'extrémité des phalanges unguéales aurait un mode d'ossification particulier. Comme les os du crâne, l'os se forme directement du tissu conjonctif. C'est ainsi que se formerait l'extrémité antérieure de la phalangette et en particulier le fer à cheval, c'est-à-dire le lieu d'élection de l'exostose sous-unguéale.

On pourrait supposer que cette propriété spéciale d'ossification directe de l'enveloppe conjonctive de l'extrémité antérieure de la phalangette, aide, par sa persistance, au développement de l'exostose sous-unguéale et, en particulier, de la variété périostale.

M. Gosselin, tenant compte de la grande quantité de tissu fibreux que l'on trouve dans l'exostose sous-unguéale, dit que l'on pourrait comparer cette tumeur aux polypes naso-pharyngiens, mais il en fait une production analogue aux exostoses de développement.

MM. Cornil et Ranvier la rangent dans le sarcome ossifiant; ajoutons que cette opinion a été reconnue comme trop absolue par l'un des auteurs.

L'exostose sous-unguéale est-elle le résultat d'une périostite chronique? L'exostose périostale échappe à cette interprétation; d'ailleurs l'exostose de la périostite chronique est aplatie, lamelleuse et étalée à la surface de l'os; ces dispositions ne se rencontrent pas dans l'exostose sous-unguéale.

Je citerai encore l'opinion de Hutchinson qui considère cette affection comme étant de même nature que les exostoses qui se développent sur la ligne âpre du fémur et sur les bords de la coulisse bicipitale de l'humérus. Il s'agit dans ce cas d'ossification des insertions aponévrotiques ou tendineuses; ce qui n'est pas applicable à la tumeur sous-unguéale.

Il est donc encore difficile aujourd'hui de donner une explication précise du mode de développement de la tumeur sous-unguéale.

---

(1) Gaz. médicale de Paris. 1875. N° 16, p. 188.

Sa pathogénie paraît s'éloigner de celle des exostoses en général, et ce n'est que dans les cas les plus rares d'exostoses sessiles qu'elle pourrait s'en rapprocher.

Quant à la gravité de cette affection, M. Trélat a fait remarquer, avec juste raison, qu'on l'avait beaucoup exagérée. Dans la crainte des récidives, on a pratiqué contre elle des opérations graves, telles que l'amputation de la phalange.

Tous les auteurs parlent de la récidive, mais dans les quelques recherches que j'ai faites, je n'ai pu en trouver une observation.